

ÖGK _____

- A B BVA-EB
 BVAEB-OEB
 SVS-GW
 SVS-LW

Familienname(n) Vorname(n) Versicherungsnummer
_____/_____/_____/_____/_____

Anschrift

Familienname(n) Vorname(n) Versicherungsnummer
(nur auszufüllen, wenn Patient ein/e Angehörige/r ist) ____/____/____/____/_____

Taxe

Gültig: 1 Monat ab Verordnung Datum:

Thymian-Isländisches Moos-Spültee ÖAB

- Lich. Islandici (Isländisches Moos)
Fruct. Foeniculi (Bitterer Fenchel)
Rad. Liquiritiae (Süßholzwurzel) aa 5,0
Fol. Plantaginis (Spitzwegerichb) 7,5
Rad. Altheae (Eibischwurzel) 12,5
Herb. Thymii (Thymiankraut) 15,0

M.D.S. Mehrmals täglich gurgeln oder spülen,
nicht trinken.

Rezeptgebühr

Anzahl _____

Stempel der Apotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes
Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung